Ueber

Larynxabscess.

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

hohen medicinischen Facultät

der

kgl. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

vorgelegt von

Theodor Verweyen

approb. Arzt

aus

Altcalcar (Rheinpreussen).

Würzburg.

Becker's Universitäts-Buchdruckerei.

1881.

Referent:

Herr Prof. Dr. C. Gerhardt.

SEINEM VATER

IN

LIEBE UND DANKBARKEIT

GEWIDMET.

DER VERFASSER.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549807_0207

Zu den zahlreichen Krankheiten des Kehlkopfes, dieses so wichtigen Organes des menschlichen Körpers, gehört auch der Abscess desselben. Er kann sowohl primär entstehen, als auch bedingt sein durch Perichondritis. Diese letztere Form combinirt sich sehr häufig mit anderen Krankheiten, und zwar namentlich mit Typhus, Tuberculose, Blattern und Syphilis. An und für sich schon eine seltene Erkrankungsform, gehört der Kehlkopfabscess zu den seltensten Erkrankungen, namentlich dann, wenn man die Fälle von Abscess ausschliesst, welche in Folge von Perichondritis entstanden sind, und sollen denn lediglich diese Gegenstand dieser Abhandlung sein.

Ueber den eigentlichen Ausgangspunkt dieser Krankheit sind die Meinungen noch verschieden. *Rauchfuss* ist der Meinung, dass Vereiterung der Lymphdrüsen oder der bursa mucosa subhyoidea Ausgangspunkt des Abscesses sei, und stimme derselbe alsdann darin mit einem Furunkel überein, der nach *Kochmann's* Ansicht vorwiegend durch Entzündung von Schweissdrüsen entstehen soll. Nach Anderer Ansicht geht der Abscess aus von der Schleimhaut oder dem submucösen Zellgewebe des Larynx selbst und ist er

alsdann identisch mit jedem anderen acuten Abscesse an irgend einem Körpertheile, bildet also eine umschriebene, scharf abgegrenzte Eiteransammlung im Bindegewebe des Kehlkopfes.

Aufmerksam gemacht durch einen sehr seltenen Fall von Larynxabscess nach Pneumonie, der im Laufe des Wintersemesters 1880/81 an hiesiger medicinischen Klinik zur Beobachtung kam, hat Verfasser sich zur Aufgabe gemacht, an einigen aus der Literatur gesammelten Fällen den Verlauf, die Symptome, Diagnose und Prognose dieses so wichtigen und lebensgefährlichen Vorganges näher zu zeigen.

Bevor wir aber zu den erwähnten Fällen übergehen, möge es dem Verfasser gestattet sein, an dieser Stelle seinem hochverehrten Lehrer, dem Herrn Geh. Hofrath Professor Dr. *Gerhardt* für die gütige Ueberlassung und Ueberweisung des Materials seinen besten Dank auszusprechen. Zunächst sei nun eines Falles von Kehlkopfabscess gedacht, der schon in der älteren Literatur bekannt ist, nämlich ein Fall von *Döring* [1]). Er betraf einen übrigens gesunden, jungen Soldaten, bei dem am zweiten bis dritten Tage nach entstandenen Schmerzen in der Kehlkopfgegend Erstickungserscheinungen eintraten, unter denen er rasch starb. Bei der Section fand sich ein Abscess an der Basis des Kehldeckels linkerseits, aus dem sich beim Einstechen ein Theelöffel voll Eiter ergoss, hochgradiges Oedem der Epiglottis und der aryepiglottischen Falten, welches einen hauptsächlichen Antheil an der tödtlichen Stenose hatte.

---

[1]) *Henle* und *Pfeifer's* Ztschr. S. *Schmidt's* Jahrb. Bd. 118.

An zweiter Stelle sei der von *Möller* [1]) mitgetheilte Fall erwähnt. Bei einem 5 Wochen alten croupartig athmenden Kinde sass äusserlich am Kehlkopf eine haselnussgrosse, rundliche, ziemlich umschriebene, unverschiebbare, in der Mitte pralle, undeutlich fluctuirende, ringsum harte Geschwulst mit leicht gerötheter Haut. Ueber dem Körper zerstreut zahlreiche Pusteln und furunkulöse Abscesse. *Möller* schloss auf einen auf dem ligamentum cricothyreoideum medium unter der fascia colli sitzenden Abscess und entleerte auch durch einen Einstich eine beträchtliche Menge Eiters. Alsbald wurde der Athem frei und die Stimme sonor. Nach 4 Tagen abermals Erscheinungen von Larynxstenose, die am nächsten Tage den höchsten Grad erreichten. *Möller* nahm nun den Kathetirismus des Larynx vor, wodurch etwa ein Theelöffel grünlichen Eiters mit dauernder Behebung aller beunruhigenden Erscheinungen entleert wurde.

Lewin [2]) hat folgende laryngoscopische Beobachtung eines primären Abscesses bekannt gemacht: Ein Lehrer litt in Folge von Erkältung an anhaltender Schmerzhaftigkeit des Halses, welcher bald grosse Schwierigkeit und zuletzt Unmöglichkeit zu sprechen und starke Schlingbeschwerden folgten. *Lewin* fand bei der laryngoscopischen Untersuchung an der Stelle des Petiolus des Kehldeckels einen ziemlich umfangreichen Abscess, den er mit einem passend gebogenen Bistourie eröffnete, wonach die Schmerzen schwanden und der Kranke seine Stimme wieder bekam. Auch

---

[1]) Königsberger med. Jahrb. Bd. II. S. 270.

[2]) S. Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre von Dr. *Ludwig Türk* 1866 p. 185.

Dr. *Berger*[1]) theilt einen Fall von Kehlkopfabscess mit, der tödtlich verlief. Ein 20jähriger Soldat bekam ohne bekannte Ursache in der Gegend der linken Seitenplatte des Schildknorpels durch äussern Druck gesteigerte Halsschmerzen ohne ansehnliche Röthe, Temperaturerhöhung und Geschwulst. Gaumensegel und Mandeln leicht geröthet, geschwollen, dahinter eine nicht ganz bis zum Niveau der Zungenwurzel emporragende, haselnussgrosse, gelbliche, eitrig aussehende Geschwulst, deren genauere Untersuchung durch starkes Würgen jedesmal erschwert wurde, schwerfälliges, hörbares Athmen, rauhe Stimme, mühsames Sprechen. Feuchte, schwach schleimig belegte Zunge, mässig frequenter Puls, Appetit und Allgemeinbefinden wenig gestört. Nach einem Brechmittel wurden dickliche gelbliche eiterähnliche Massen entleert; warme Breiumschläge. Am nächsten Morgen angstvolle Miene des Patienten, mühsame gurgelnde Sprache, Dysphagie, Auswurf zähen, mit eiterähnlichen Massen gemischten Schleimes. Sinken der Kräfte, Apathie, Puls schwach (150); zehn Blutegel an die linke Seite des Halses, innerlich Zincum aceticum. Abends unter Zunahme aller Erscheinungen Tod.

Bei der Section fand man eine taubeneigrosse flache, feste, mit gerötheter, verdickter Schleimhaut bedeckte Geschwulst in den oberen Theil der Speisenröhre hineinragend. Sie sass zwischen Giesskannenknorpel und innerer Fläche der linken Seitenplatte des Schildknorpels am oberen Ringknorpelrande, füllte nach der Kehlkopfhöhle zu den linken Morgagnischen Ventrikel vollständig aus und schloss die Stimmritze

[1]) Pr. Vr. Ztg. 22. 1855.

beinahe gänzlich. An der oberen Fläche der Kehldeckelwurzel, der linken und vorderen Kehlkopfhöhlenfläche und auf der Geschwulst selbst war die Schleimhaut dunkel geröthet; $^1/_2'''$ dick mit fest adhärirendem, gelblichem Exsudate überzogen, das Gewebe darunter vom oberen Rande des Ringknorpels bis zum oberen Stimmritzenrande $1 - 1^1/_2'''$ dick infiltrirt. Die Trachealschleimhaut mässig, die der Bronchien stark geröthet. Letztere selbst zeigten sich mit schaumig-seröser Flüssigkeit erfüllt. Die Lungen von Blut strotzend, fest, jedoch noch lufthaltig, beim Einschneiden ergossen sie viel dunkelrothe, schaumige Flüssigkeit. Alle übrigen Organe normal.

Dr. *Rühle* [1]) theilt einen Fall von Kehlkopfabscess mit, in welchem derselbe aussen am Kehlkopf seinen Sitz hatte: Ein 62jähriger stets gesunder Mann erkrankte nach seiner Aussage am 5. März mit Fieber und Kopfschmerz, am folgenden Tage stellte sich Schmerz in der Kehlkopfgegend ein, der auf Druck sehr vermehrt wurde, und zu diesem gesellte sich etwas Heiserkeit, ohne Husten; auch beim Schlingen wurde der Schmerz stärker. Die Halsgegend fing an etwas zu schwellen, die Schmerzen wurden lebhafter und nöthigten den Kranken am 20. März Aufnahme im Hospital zu suchen. Die hier vorgenommene Untersuchung ergiebt, dass die den Kehlkopf bedeckende Haut ohne Farbenveränderung geschwellt, leicht ödematös infiltrirt ist. Die Umrisse des Schildknorpels lassen sich nicht mehr deutlich fühlen, auf beiden Platten prominirt eine flache resistente Erhebung, die

---

[1]) S. Die Kehlkopf-Krankheiten klinisch bearbeitet von Dr. *Hugo Rühle* 1861.

Incisur ist verwischt. Auf Druck ist die ganze Gegend des Schildknorpels schmerzhaft. Die Untersuchung der Mundhöhle ergibt nichts Abnormes, man fühlt den Kehldeckel glatt, aber schwerer beweglich als gewöhnlich. Die Stimme ist mässig belegt, Husten nicht vorhanden; in sitzender Stellung geht die Athmung ohne Anstrengung, beim Liegen mehrt sich der Schmerz und die Athmung wird nach einiger Zeit erschwert. Sprechen und Schlingbeschwerden vermehren den Schmerz am Kehlkopf.

In den nächsten 4 Tagen nimmt die Anschwellung zu, die Schmerzen, die Heiserkeit steigen und es tritt grössere Athemnoth auf, die auch beim Sitzen nicht mehr schwindet. Der untersuchende Finger findet eine mässige, weiche Schwellung des Kehlkopfeinganges. Bisher wurden warme Cataplasmen auf den Larynx angewendet.

Am 25. wird von Herrn Professor *Middeldorpf* durch die Nadeluntersuchung das bereits constatirte Gefühl der Fluctuation dahin bestätigt, dass sich eine umfängliche Höhle ergibt, die aus dem der hervorgezogenen Nadel nachfolgenden Tropfen zu schliessen, mit gewöhnlichem Eiter gefüllt ist. Es wird der linken Schildknorpelplatte entsprechend eine Incision gemacht, weil hier die Hervorragung der Anschwellung am stärksten war und fast ein Tassenkopf normalen Eiters entleert. Die eingeführte Sonde lässt sich nach allen Richtungen frei bewegen und ergibt eine etwa 2½ Zoll in der Quere, 2 Zoll in der Länge messende Höhle mit glatten Wandungen. Es wird ein Faden durch die Abscesshöhle und an ihrer Grenze rechts nach aussen geleitet, um den freien Abfluss des Secrets zu erleichtern, und die Granu-

lationsbildung zu befördern. Schon am Nachmittage einige Stunden nach Eröffnung des Abscesses haben sich die Athembeschwerden wesentlich vermindert. Am folgenden Tage wird kein Oedem am Kehlkopfeingang mehr gefühlt; die Schmerzen sind sowohl beim Schlingen, als Sprechen nur unbedeutend, die Stimme klarer und der Kranke in sehr zufriedener Lage.

Durch einfache Behandlung mit Chamillenumschlägen, Reinigung der Wunde schreitet die Heilung ungestört fort, die ganze Höhle schliesst sich und der Kranke wird vollständig geheilt entlassen.

Einen ähnlichen Fall finden wir in der Literatur erwähnt von *W. F. Duncan* [1]). March 14, 1879. I was called to see Hon H. G., nho was said to te suffering with a sore throat. I found the gentleman in his library dressedand engaged in writing. He stated that his larynx felt a little sore and had been uncomfortable for four or five days. His voice was slightly husky and there was an enormous swelling of stony hardness, of the glands of the neck non the left side, extending from below the ear nearly to the clavicle. It was painless. There had been no chill, but a slight fever, pulse about 90 and a coated tonque. The pharynx was somewhat reddened and with the laryngscopea moderate catarrhal laryngitis without axy swelling or oedema was seen. I directed the external swelling tobe painted with Tr. jodine, after which lead and opium wash was te be used. *Fleming's* Tr. Aconit. was given internally and the steam from

---

[1]) Archives of Laryngologie edibed by *Louis Elsberg* M. D. New-York. Juni 30. 1880.

hot hops was inhaled. The patient also took a Dover's powder at bed-time.

15th. The symptoms much worse. Fever cough and slight dyspnoea due to oedema of the left ary-epiglotticfold in the early morning. Ry coening the oedema had increased so much that the dyspnoea was very marked. There was also swelling of the tissues of the pyxiform sinus. Scarification with the laryngeal knife was done and constant steaming with a weak solution of tannin was advised. Quinine and iron were given internally.

It was thought that tracheotomy would be reepsired in the night and all preparations were made for it. Dr. G., a brother of the patient, remained with him until morning, when the oedema, which had been largely removed by the scarification, reappeared but ouly to a small extent. There was no throbbing of the external tumor, but it had slightly increased in size so as nearly to prevent opening the mouth. Five days passed in which the condition seemed the same, but on the sith day hectic chills, fever and sweating appeared; ad the same time a tumor developed in the pyriform sinus, round, redand shing, and large as a black walnut. I at once punctured this with the laryngeal knife and let out considerable pus and blood. Relief of the local and general symptoms at once occurredand the fever nearly disappeared, the temperature falling to 99,5° F. The following day the hectic returned aud the temperature rose to 105°. The chills were frequent and the weating so copious as to soak the bedding. Pus was still flowing from the internal wound. The indications were that there was somewhere concaled pus. The

easiest course for it to take was downward through the pyriform sinus alongside of the trachea.

The skin of the neck was stained with jodine so that noredness couldbe seen externally and the whole tumor was still hardand brawny. Without positive indications of the presence of pus in that location, I detamined to cut for it. I made an incision in the median line of the neck downward for an inch and a half from the cricoidring, cutting ouly through the skin. Then with a probe pushing outside the tissues, Ireached the left side of the windpipe when at once the pus welled up in a stream. The hectic entirely disappeared the next day.

There was stilloccasion to fear that pus night burrow in other directions and make further danger but frequent probing and syringing with carbolizedwater brought it allaway through the opening. An cakum tent, kept in the wound, was covered with balsam of peru. In then days the gentleman was able to visit my office, when I could still pas a probe upward through the sinus until it reached the counter opening in the pyriform fossa. After a few days the discharge disappeared and the wound was drawn together and allowed to heal. It was premature, howewer, and had to be reopened with a probe in two days a the hectic returned. The wound was then kept open till May 14th. just two months from the beginning of the disease. The patient soon regained his usual health, which was that of a very robust man.

Dr. *Gottstein*[1]) theilt in seiner Abhandlung über Kehlkopfabscesse folgenden Fall mit: Der Kranke, ein

---

[1]) S. Berliner klinische Wochenschrift Nr. 44. 1866.

27jähriger sonst gesunder Mann, hatte seit länger als 1/4 Jahr Schmerzen im Halse, besonders beim Schlingen, diese Schmerzen sollen sich allmählich immer tiefer gezogen haben und seit etwa 14 Tagen bestand auch noch Heiserkeit und das Gefühl eines fremden Körpers im Kehlkopfe. Die äusseren Conturen des Kehlkopfes waren unverändert. Druck auf denselben veranlasste Schmerz. Die rechte Hälfte der Epiglottis war ödematös angeschwollen und zeigte etwa die 4fache Dicke einer normalen Epiglottis, ebenso hatte das erste Ligamentum aryepiglotticum an Umfang zugenommen, die linke Seite war normal. Der Einblick in den Kehlkopf war dadurch, wie auch durch die massenhafte Ansammlung von Schleim erschwert, doch sah man in günstigen Momenten, nach wiederholter Expectoration, auf dem rechten Aryknorpel eine Geschwulst in das Innere des Kehlkopfes sich erheben, die die ganze Weite desselben von vorne nach hinten ausfüllte. Nur an der linken Seite blieb ein schmaler Raum, durch den die Luft durchstreichen konnte; weder die Taschenbänder, noch die Stimmbänder waren zu sehen. Nachdem *Gottstein* vergeblich starke Höllensteinpinselungen angewendet hatte, und die Schlingbeschwerden und Respirationsbeschwerden in bedenklichem Maasse zugenommen hatten, schritt *Gottstein* zur Eröffnung mit dem ungedeckten Messer, wonach sofort unter Husten und Würgen eine Menge mit Blut und Schleim gemischter Eiter entleert wurde. Da aber die Eröffnung der Geschwulst nicht am tiefsten, sondern am obersten allein zugänglichen Punkte geschehen konnte, so fand sie sich am anderen Tage noch wenig zusammengefallen, obgleich der Kranke die ganze Nacht und auch den Tag viel Eiter

ausgehustet hatte; nach wiederholten Incisionen verkleinerte sich der Abscess bald, auch die consecutiven ödematösen Anschwellungen nahmen bald ab. Der Kranke versäumte jedoch die regelmässigen Besuche bei *Gottstein,* so dass nach einiger Zeit die Abscesshöhle wieder etwas mehr gefüllt, die Anschwellung der Epiglottis vermehrt erschien; nach wiederholten Incisionen gelang es indessen, den Rest des angesammelten Eiters vollständig zu entleeren. Ausser einer Verdickung der Epiglottis und Wulstung der Schleimhaut an der Stelle, wo der Abscess gesessen, blieb nichts Abnormes zurück, auch empfand Patient keine wesentlichen Beschwerden von Seiten des Kehlkopfes.

In Betreff eines Falles von Larynxabscess bei einem 18 Monate alten Kinde theilt *W. Stephenson*[1]) Folgendes mit: A weakly delicat child, act. 18 months, was brought to my house suffering from a glandular swelling under the lower jaw, left side. No cause for the swelling could be detected, and the mother was advised to bathe it with warm water, and rub it with warm olive-oil. A fortnight after I was sent for to see the child. I found her suffering from difficulty of breathing, which had been gradually coming on for twe days. Respiration was accompanied by a loud stridulous sound, audible throughout the room, which, whit the dyspnoea, was at once suggestive of croup. There was a hoarse cough without clangour. The child was restless, but lay quietly in bedduring the visit. There was no dysphagia. The throat was examined but seemed quite healthy.

---

[1]) *W. Stephenson*: On Abscess of the larynx simulating croup. Edinb. med. journal 1873. Oct.

With the least case, which had occourred only two days before, fresh in my mind, I made a careful examination of the neck. The glandular swelling had wholly disappeared, but there appeared a fulness, but no hardness, in the lower part of the neck, especially during expiration and the trachea seemed to be pushed slightly out of the mesial line to the right. This fact with the history of the case, ledme to suspect that I had again to deal with an extralaryngeal affection. There was no stiffness or pain in the neck. Fifteen drops of aromatic spirits of ammonia were ordered tobe given frequently, and warm poultices tobe applied to the neck.

The condition of the child remained pretty much, the same for a week, and the idea of croup was consequently negatived. The displacement of the larynx became rather more marked, and expiration more forced; with each performance of the act there rose a soft bulging forward of the integument along the inner margin of the sterno-mastoid muscle, reaching as high as the thyroid gland, receding again with inspiration. It had more the appearance and feeling of air than, fluid; no hard swelling or fluctuation could be felt.

At the end of the week I determined to explore with a needle, but failed in finding pus. The poulticing, however was continued, nutritives and stimulants freely given, and the child's condition continued much the same. Auscultation of the chest revealed nothing, as the loud moist laryngeal ronchus masked all other sounds.

At the end of the second week of the attack, I last could feel a small rounded soft swelling, about

the level of the isthmus of the thyroid, and at the outer margin of the sterno-hyoid muscle. Pushing in small trochar, pus escaped, and on making a free incision, fully four ounces of pus were discharged. Inserting the handle of the bistoury I had used, I found it passed readely downwards its whole length, nearly three inches, Steady improvement in respiration resulted, the abscess discharged freely for four or five days and slightly for a fortnight. The child continued very feeble for many wecks, but subsequently regained her ordinary state of health. Whenever, however, she cried, inspiration was accompanied by a loud crow; her voice also has continued somewhat feeble.

Dr. *Leopold Schrötter*[1]) erwähnt folgenden Fall: Ein 64jähriger englischer Oberst L. T., der während eines 38jährigen Aufenthaltes in Indien und bisher sein ganzes Leben gesund war, besuchte nach seiner Rückkehr nach Europa in den letzten Tagen des Monats Mai die böhmischen Schlachtfelder. Nach 2 Tagen 6—8 stündigen ununterbrochenen Reitens brachte der sehr rüstige alte Herr auch den nächsten Tag wieder grösstentheils im Freien zu, obwohl regnerisches Wetter mit Kälte eingetreten war. Abends fühlte er bereits ein leichtes Frösteln und mässige Heiserkeit, nichts destoweniger verbrachte Patient auch den nächsten Tag wieder grössten Theils zu Pferde. Da nun aber die Beschwerden fort und fort zunahmen, beschleunigte der Kranke die beabsichtigte Reise nach Wien, wo er am 1. Juni eintraf und am 2. Juni in

---

[1]) Jahresbericht der Klinik für Laryngoscopie an der Wiener Universität 1870 von Dr. *L. Schrötter.*

meine Behandlung kam. Der kräftig gebaute Mann bot das Bild hochgradiger Athemnoth dar, konnte nur mit grosser Mühe sprechen und zwar mit völlig klangloser Stimme. An der linken Seite war die Gegend zwischen Zungenbein und cartilago thyreoidea gegen Berührung ziemlich empfindlich, eine besondere Schwellung war hier jedoch nicht zu finden. Die Epiglottis an ihrem freien Rande hufeisenförmig gebogen, auf das dreifache ihres normalen Volumens geschwellt, beträchtlich geröthet, linkerseits die ganze, auch weniger bewegliche Larynxhälfte, namentlich die ary-epiglottische Falte, die Schleimhaut über dem Aryknorpel und dem falschen Stimmband so geschwellt, dass es nur schwer gelang, den freien Rand des völlig verdeckten und ebenfalls geschwellten und gerötheten wahren Stimmbandes zu sehen. Die Geschwulst hatte nicht jenes durchscheinende Ansehen, wie man es bei Oedemen antrifft. An der rechten Seite war nur eine geringe Röthung und Schwellung vorhanden und die Glottisspalte sehr bedeutend verengert.

Diese Verhältnisse konnten nur bei mehrmaliger Inspection festgestellt werden, da der empfindliche Patient oftmals ausruhen, und nebstbei den sich reichlich ansammelnden Schleim, und zwar unter beträchtlichen Schmerzen, entfernen musste. Ich zweifelte nicht, dass es sich um eine entzündliche Infiltration des submucösen Zellgewebes, vielleicht auch des Perichondrium's der cartilago thyreoidea handle, und verordnete eine sofortige Einreibung einer halben Drachme Unguentum cinereum, Eisumschläge am Halse und Eispillen. Den nächsten Tag hatte Patient etwas weniger Schmerzen, aber hie und da kamen Anfälle

grösserer Athemnoth, sonst war der Zustand derselbe, die Geschwulst nicht durchscheinender geworden. Ich versprach mir von Scarificationen keinen Erfolg, blieb bei derselben Therapie, besprach aber die möglicher Weise eintretende Nothwendigkeit einer Laryngotomie. Den nächsten Tag lachte mir der Patient freundlich entgegen und erzählte mir, dass er nach sich fort und fort steigernder Athemnoth, des Nachts plötzlich unter reichlicher Expectoration eine nun stets zunehmende Erleichterung gefunden habe. Ich dachte sogleich an eine spontane Eröffnung eines Abscesses, und so war es auch, denn die Geschwulst an der linken aryepiglottischen Falte war bedeutend geringer geworden, und in ihrer Mitte hing ein gelblicher Flocken eitrigen Secretes; bei Druck von Aussen konnte man (so auch in den nächsten Tagen) Eiter entleeren. Nun trat sehr rasch Genesung ein, es wurde nur noch 1 Einreibung mit ung. cin. gemacht und durch 3 Tage sah man an der genannten Stelle sich abstossendes Zellgewebe. Die Secretion, Schwellung und Schmerzen waren nach 2 Wochen vollständig geschwunden.

Dr. *L. Schrötter*[1]) beobachtete auch noch folgenden Fall. Die ungemein kräftig gebaute und wohlgenährte Köchin *Goldmann R.* (am 9. Jänner 1871 aufgen.) spürte vor 6 Tagen unter Fiebererscheinungen Schlingbeschwerden. Die hintere Larynxwand über beiden Aryknorpel, so weit man nach dem Pharynx hinuntersieht, beträchtlich geschwellt und geröthet, die Geschwulst mehr weniger durchscheinend. Beide wahren Stimmbänder weniger geröthet, an den Kanten

[1]) „Jahresbericht der Klinik für Laryngoscopie an der Wiener Universität 1871—73 von Dr. *Leopold Schrötter*."

abgerundet, beim Intoniren eine dreieckige etwa $1^1/_2$''' breite Spalte offen lassend, welche durch die Schwellung an der hinteren Larynxwand beträchtlich verkürzt wird. Die linke Larynxhälfte bewegt sich nur wenig.

25. Jänner. Die Anschwellung über dem linken Aryknorpel hat so sehr zugenommen, dass dadurch auch das Larynxinnere bedeutend verändert erscheint. Die linke Kehlkopfhälfte ist beim Intoniren vollständig unbeweglich. Einreibung mit Unguentum cinereum.

26. Jänner. Ueber dem linken Aryknorpel nach der hinteren Pharynxwand hin eine umschriebene, von einem gerötheten Rande umgebene, etwa linsengrosse, am meisten einer collabirten Pustel vergleichbare Stelle.

Am 27. Jänner daselbst ein gelber, eitrig belegter Substanzverlust, der sich beim Eindringen mit der Sonde als ein rundes scharf ausgeschnittenes Loch erweist. Beim Druck aussen am Larynx, erscheint an dieser Stelle eitriges Secret jedoch nur in geringer Menge. Da die Sonde, obwohl sie zu einer gewissen Tiefe vordringt, keine rauhe Stelle findet, glaube ich annehmen zu müssen, dass es sich um einen vom submucösen Gewebe, und nicht vom Perichondrium ausgehenden Entzündungsprocess handelt, und würde für die letztere Localisation nur die schon so früh aufgetretene Paralyse der linken Larynxhälfte sprechen.

28. Jänner. Die Schwellung hat sehr bedeutend abgenommen, die genannte Oeffnung ist dadurch mehr gegen den beträchtlich weiter gewordenen sinus pyriformis hingerückt.

29. Jänner. Dieselbe ist für die Sonde noch immer mit dem gleichen Resultate zugänglich; sobald

sie eingedrungen ist, entsteht Husten, welcher also reflectorisch von den tieferen Gebilden ausgelöst zu werden scheint.

1. Februar. Die Schwellung nimmt fortwährend ab; bereits geringe Beweglichkeit des linken wahren Stimmbandes, keine Schlingbeschwerden mehr.

Am 5. Februar nur mehr ganz unbedeutende Schwellung; man kann mit der Sonde in die nur mit einem gelben Punkte gekennzeichnete und ganz an der hinteren Fläche der hinteren Larynxwand hinabgerückte Oeffnung nicht mehr eindringen. Patientin wurde bei vollkommenem Wohlbefinden entlassen.

Nachdem wir nun einige Fälle von Larynxabscess, die ohne jede Complication mit einer anderen Krankheit verliefen, erwähnt, wollen wir noch 3 Fälle anführen, die im Verlaufe oder nach einer anderen Krankheit auftraten.

Zu diesen gehört eine ältere von *Gubler* [1]) angestellte Beobachtung bei einem 58jährigen Weibe, welches in der Reconvalescenz einer schweren Verletzung des einen Sprunggelenkes von den Erscheinungen einer acuten Laryngostenose befallen wurde, die nach der Entleerung übelriechender Sputa sich rach verminderten. Einige Tage darnach entwickelte sich am Beine in der Umgebung der Narbe ein Erysipel, welches sich über die ganze untere Extremität verbreitete. Wenige Tage später starb die Kranke. Bei der Section fand man unter Anderem eine intensive Röthung des Rachens um den Larynx und 4 umfangreiche Abscesse im oberen Abschnitt des letzteren. Ausserdem noch an jeder der beiden sehr geschwellten

---

[1]) Sestier, angine laryngée 1852 pag. 107.

ary-epiglottischen Falten je eine mit scharfen Rändern versehene Durchbruchsöffnung zweier, offenbar einige Tage früher entleerter Abscesse.

W. Stephenson[1]) berichtet über einen Fall von Larynxabscess nach Scarlatina. Er sagt: *Anne M.*, aet. 4 was admitted to the Royal Hospital for Sick Children, 26. January 1864. The patient had scarlatina three weeks before. She had not much sore throat at the time, but about a week ago the glands of the neck began to swell, and she had some difficulty in swallowing. She was getting better, however, and the swelling passing off, when two days ago she was seized with difficult and noisy breathing, accompanied by dysphagia. On admission, patient was evidently suffering from laryngeal obstruction to respiration.

The breathing was labouredand stribulousthis being at times considerably increased. She had a hard cough, coming on in fits, but no clanging. The face is dusky, the lips blue, the extremities cold, the pulse quickish and very feeble. The child is struggling for breath, and is unable to lie down. It could not be ascertained that there was any pain about the larynx, or fulness on looking into the back of the throat. It is seen to be somewhat congested. There isa slight enlargement of the throat felt externally on right sidki. Deglutition is difficult. It brings on cough, and increases the dyspnoea. On auscultation of the chest nothing can be heard. No dulness on percussion.

During the next two days she had frequent suffocating attacks, some of which nearly proved fatal.

---

[1]) *W. Stephenson:* On Abscess of de larynx simulating croup. Edinb. med. journ. 1573. Octob.

After this the respiration was easier, but the child gradually sank, and died four days after admission.

Post mortem Examination. — There was pneumonic consolidation of lower lobe of left long. The right lung was congested. The brondic were filled with muco-purulent secretion. The Trachea was healthy. On examining the larynx, a small abscess was found at the outher side of the right thyroid carhilage, laging bare the upper margin, and extending to the superior cornua. It had opened internally, probably on the 28. of January, after which date the respiration was freer, and there was no return of the suffocative attacks.

Es sei nun noch der Fall erwähnt, der im Laufe des Winter-Semesters 1880/81 an hiesiger medicinischer Klinik beobachtet wurde.

Carl Messelberger, 16 Jahre alt, Eisengiesser aus Estenfeld, trat am 26. XI. 1880 in's Spital ein, wegen Stechen in der R. Brusthälfte, das sich nach dem Kreuz zu verbreitete. Beim Bücken und Gehen stärkere Schmerzen im Kreuz. Vor etwa 14 Tagen bemerkte Patient Morgens beim Aufstehen, Heiserkeit, Schmerzen beim Sprechen und Schlingen. Husten hat Patient beim Eintritt ins Spital keinen, wohl aber Kopfschmerzen und Hitzegefühl. Durst vermehrt, Appetitlosigkeit. Heiserkeit blieb bisher die gleiche. Patient kann auf beiden Seiten gleich gut liegen. Patient hatte in der letzten Zeit bis heute keine Strümpfe angezogen und hatte sehr oft durchnässte Füsse; er hält die Durchnässung als die Ursache seiner Erkrankung.

Status praesens: Patient mittelgross, kräftig gebaut; panniculus adiposus und Muskulatur gut entwickelt; Knochenbau ziemlich kräftig. Gesicht stark geröthet;

Pupillen beiderseits etwas eng, auf Licht reagirend. Lippenschleimhaut roth; Zunge blass, leicht belegt; Schleimhaut des weichen Gaumens und der uvula etwas geröthet; Tonsillen nicht geschwellt, nirgends ein Belag. Stimme stark heiser.

Laryngoscopische Untersuchung sehr schwierig wegen der rasch eintretenden Würgbewegungen des Patienten. Epiglottis geröthet und geschwellt; weiterer Ueberblick nicht möglich. Bei In- und Exspiration ein geringes Stenosengeräusch zu hören. Larynx bewegt sich nur ganz wenig bei der Inspiration. Einziehung im Epigastrium während der Inspiration nicht zu bemerken. Druck auf den Kehlkopf im geringen Grade schmerzhaft. Thorax breit, gut gewölbt. Die linke Brusthälfte scheint sich bei der Respiration etwas mehr zu bewegen, als die rechte. Respiration beschleunigt. Vorn beiderseits heller voller Schall. Links hinten heller voller Schall, Vesiculärathmen. R. von der spina scapulae nach abwärts geringe Dämpfung des Schalles, mehr unbestimmtes Athmen, vereinzelte grobblasige, rauhe Rasselgeräusche, einige pfeifende in der R. axilla.

Herz: Dämpfung beginnt im 3. I. C. R. längs des linken Sternalrandes herab, nach Aussen bis zur Stelle des Spitzenstosses, der im 5. I. C. R. nach innen von der Mammillarlinie fühlbar ist. An der Herzspitze ein leichtes Blasen, sonst reine Töne.

Temperatur beim Eintritt 39,0. Puls kräftig, frequent, regelmässig. Sputa spärlich, zäh, schleimig mit kleinen, feinen Luftbläschen gemischt, schwach rostfarben; vereinzelte Gerinnsel.

Ordination: Kalte Umschläge; Potio Riveri; Eiscravatte um den Hals; Inhalation einer $^1/_2$% Natronlösung.

27. XI. Patient wird heute kurz besprochen. In der R. Axillargegend kann man heute bestimmt eine leichte Dämpfung nachweisen, über der bronchiales Athmen und grobblasige Rasselgeräusche, sowie vereinzeltes Knisterrasseln zu hören ist.

Diagnose: Pneumon. lob. med. dext.

28. XI. Heiserkeit hat etwas abgenommen, hie und da reine Stimme. Dämpfung in der R. axilla immer noch von geringer Ausdehnung, deutliches Bronchialathmen. Sputa von der gleichen Beschaffenheit. V. unter der R. clavicula deutlich tympanitischer Percussionsschall. An dem L. Mundwinkel 3—4 stecknadelkopfgrosse Herpesbläschen.

29. XI. An der linken Hälfte der Unter- und Oberlippe ebenfalls einige Herpesbläschen von der gleichen Grösse wie am Mundwinkel. Temperatur immer gleich hoch. Dämpfung R. H. O., Bronchialathmen, V. unter der R. clavicula ebenfalls Dämpfung. (Ausbreitung der Pneumonie auf den R. Oberlappen).

30. XI. Die Dämpfung am R. Oberlappen, sowohl V. als H. deutlich ausgesprochen. Nach stärkeren Hustenstössen über der R. fossa supraspinata Knisterrasseln. Sputa rostfarben, zeigen häufiger Gerinnselbildung.

1. XII. Schallerscheinungen am R. Ober- und Mittellappen noch die gleichen, Knisterrasseln weniger deutlich; die Herzdämpfung zeigt sich auffallend nach Oben und nach der Breite zu vergrössert.

2. XII. Patient wird nochmals vorgestellt wegen des ausgebreiteten Herpes, der deutlicher ausgesprochenen croupösen Pneumonie des Ober- und Mittellappens und wegen der Vergrösserung der Herzdämpfung. Diese Vergrösserung lässt die Annahme eines Peri-

cardialergusses mit Wahrscheinlichkeit zu. Stimme immer noch heiser, hie und da klangvoll.

3. XII. Heute Morgen niedrige Temperatur, Krisis ist eingetreten. Verdichtungserscheinungen dieselben, sehr spärliches Knisterrasseln. Herzdämpfung ist mit der Entfieberung auffallend kleiner geworden. Die sputa werden schleimig eitrig, gelblich gefärbt.

5. XII. Herzdämpfung jetzt normal gross. Stimme immer noch heiser, klanglos; Husten ebenfalls rauh, mehr bellend. Der Ringknorpel bei Druck von Aussen sehr schmerzhaft. Laryngoscopische Untersuchung noch ebenso schwierig wie früher, trotz öfterer Einübung. Es ist immer nur die Epiglottis zu sehen, die etwas verdickt erscheint.

Vorne R. unter der Clavicula der Percussionsschall wieder ziemlich hell und voll; H. R. O. noch Dämpfung. V. rauhes Vesiculärathmen, H. Bronchialathmen, vereinzelte Rasselgeräusche. Appetit stellt sich ein; Patient kann ohne Beschwerden schlingen.

7. XII. Heute Abend gelingt die laryngoscopische Untersuchung wenigstens so weit, dass man die Ary-Knorpel übersehen kann, die stark geschwellt erscheinen, und zwar der L. stärker, als der R. Unterhalb der incisura interarytaenoidea eine flottirende Membran, deren Natur nicht aufgeklärt ist, (ob Croupmembran oder Wandungen einer Abscesshöhle.)

Ordination: Natr. bicarb. Natr. chlorat. aa 1,0 Aq. destill. 200,0 z. Inhalation.

Patient hat heute neben schleimig eitrigen, dünnflüssigen sputis, 2 mehr geballte eitrige mit etwas Blutfarbstoff gemengte Massen ausgehustet, die man als aus einer Abscesshöhle stammend ansehen konnte.

Bei der mikroscopischen Untersuchung findet man in dem Eiter einige sehr breite elastische Fasern.

9. XII. Der Ringknorpel heute nicht mehr schmerzhaft. Keine Schmerzen beim Schlingen. Bei der Abends vorgenommenen laryngoscopischen Untersuchung beschlägt sich sofort der eingeführte Spiegel mit einer geringen Menge Blutes, die durch einen kurzen Hustenstoss gegen die Spiegelfläche geschleudert wurde. Der Befund ist genau wie gestern festzustellen. L. Aryknorpel ziemlich geschwellt; unter diesem und mehr nach der Mitte zu ein kraterförmiges Geschwür mit unebenen Rändern. Knorpelstückchen wurden bisher nicht ausgehustet.

11. XII. Patient wurde heute nochmals kurz besprochen, weil er den seltenen Fall eines Larynxabscesses nach Pneumonie darbietet. Die Stimme, die bisher stets rauh und früher fast vollständig aphonisch war, wird jetzt heller, hie und da wird schon ein lauter Ton hervorgebracht. Die unebenen Geschwürsränder haben sich schon verkleinert, die Schwellung des L. Aryknorpels viel geringer.

14. XII. Die pneumonischen Veränderungen am R. Oberlappen zurückgegangen, Schall an beiden Spitzen gleich, hie und da noch vereinzelte Rasselgeräusche. An dem L. falschen Stimmbande, nahe am Aryknorpel ein kleiner Einriss. Geschwürsränder noch uneben. Stimme noch wenig besser. Schlingen geht sehr gut, Schmerzen fehlen vollständig.

16. XII. An den Lungen keine Veränderung mehr zu constatiren. An der Vorderfläche der H. Larynxwand noch Reste des Geschwürs. L. Taschenband noch geröthet, Ausbuchtung desselben wenig deutlich.

Stimme entschieden besser, schon ziemlich laut, besonders dann, wenn Patient sich Mühe gibt.

19. XII. Laryngoscopischer Befund der gleiche; Stimme ziemlich hell; subjective Beschwerden existiren nicht mehr.

Patient auf Wunsch, als nahezu geheilt, entlassen.

Nachdem wir nun diese Fälle beschrieben und dieselben nochmals durchgehen, finden wir, wenn wir zunächst den Sitz der Krankheit in Betracht ziehen, dass der Abscess sowohl an den äusseren Seiten, als auch im Innern des Kehlkopfes seinen Sitz haben kann. Hat der Abscess aussen am Kehlkopf seinen Sitz, so sind es, wie auch der Fall von *Rühle* zeigt, meistens die Schildknorpelplatten, welche das Terrain für denselben bilden. Sowohl einseitig, als auch beiderseitig kann der Abscess auftreten, doch ist er in der Mehrzahl der Fälle einseitig, und scheint die linke Seite etwas häufiger Sitz der Affection zu sein, als die rechte; kommen doch von den 13 angeführten Fällen 7 auf die linke wogegen nur 2 auf die rechte Seite, während sich die übrigen auf die Mitte des Schildknorpels und des Kehldeckels vertheilen. Was die einzelnen Kehlkopftheile angeht, die von dieser Krankheit befallen werden, so sind, wie schon erwähnt, bei den Abscessen ausserhalb des Kehlkopfes, es vorwiegend die Schildknorpelplatten, bei den inneren Abscessen ist es theils der Kehldeckel, namentlich dessen Wulst und Petiolus, theils die ary-epiglottischen Falten, oder der sinus Morgagni der einen oder anderen Seite. Das Geschlecht und Alter scheint auf den Abscess keinen Einfluss zu haben, da sowohl Männer, wie Frauen, Kinder und Erwachsene davon befallen werden.

In Bezug auf die Aetiologie ist hervorzuheben, dass der Abscess durch dieselben Ursachen hervorgerufen wird, durch welche acute und chronische Laryngitis bedingt sind, und sind als solche namentlich Erkältung, Ueberanstrengung, in anderen Fällen mechanische Reizung des Larynx, zu nennen; sogar in Folge vorausgegangener Rachenentzündung sind nach *Rühle* und *Tobold* Larynxabscesse beobachtet worden.

Der Verlauf der Krankheit ist im Allgemeinen ein ziemlich rascher; selten übersteigt die Dauer 8 Tage, wenn nicht etwa der Abscess, der spontan geborsten, oder auf chirurgischem Wege geöffnet war, sich wieder schliesst, von Neuem Eiteransammlung stattfindet, und so die früheren Symptome wieder hervorruft.

Was nun die Symptome angeht, die diese Krankheit mit sich bringt, so werden dieselben von allen Autoren als croupähnlich beschrieben. Die subjectiven Symptome sind in der Regel ein mehr oder weniger drückendes und beängstigendes Gefühl im Kehlkopf, welches sich dem Patienten namentlich beim Schlingen bemerklich macht, in Folge dessen er dieses auch so viel wie möglich vermeidet. In anderen Fällen ist zuerst vorwiegend die Stimme beeinträchtigt, und ist darauf offenbar der Sitz des Abscesses von Einfluss. Ragt der Abscess mehr in die Höhle des Kehlkopfes, so wird er zuerst Stimme und Athmung beeinträchtigen, ist sein Sitz aber so, dass er mehr den Weg zur Speiseröhre verengert, so wird die Behinderung des Schlingens am Ersten auffallend sein. Gewöhnlich ist ein localer Schmerz vorhanden, welcher sich durch Druck von Aussen auf den Larynx steigert, nach dem zwar Patient nicht mit Bestimmtheit den Sitz des Abscesses anzu-

geben vermag. Nicht selten entsteht dieser Schmerz plötzlich und tritt unter Fiebererscheinungen auf; doch kann das Fieber anfangs auch fehlen und sich erst später hinzugesellen. Im weiteren Verlaufe der Krankheit steigern sich die schon erwähnten Symptome, auch die Gegend um den Abscess wird in Mitleidenschaft gezogen, wird mehr oder weniger ödematös, in Folge dessen sich die Erscheinungen einer Larynxstenose zeigen, namentlich also Athemnoth, und in höheren Graden Stickanfälle. Husten ist nicht immer dabei vorhanden. Bevor der Abscess sich geöffnet, lässt sich durch etwa vorhandenen Auswurf nichts nachweisen; enthält der sonst schleimige Auswurf Blutstreifen, so rühren die von der in der Regel sehr hyperämischen Schleimhaut her. Hat sich aber der Abscess geöffnet, so entleert sich plötzlich unter starkem Husten Eiter, und folgt dem dann auch gewöhnlich bald Erleichterung und Aufhebung aller Beschwerden, wenn sich etwa die Eiteransammlung wiederholt, wie in den von *Gottstein* und *Möller* mitgetheilten Fällen. Gehen wir nun über zur Diagnose. Ist der Abscess ausserhalb des Kehlkopfs, so wird die Diagnose keine grosse Schwierigkeit machen. Durch die erwähnten Symptome, die mehr oder weniger sichtbare Schwellung aussen am Halse in der Gegend des Abscesses und namentlich durch den Nachweis der Fluctuation wird man zur sicheren Diagnose geführt werden. Anders verhält es sich, wenn der Abscess im Innern des Kehlkopfes seinen Sitz hat, hier ist es in der Regel schwierig eine sichere Diagnose zu stellen. Wie erwähnt, sind die Symptome dem Croup sehr ähnlich, und wäre es also leicht möglich, auf den ersten Blick diese Krankeiten zu verwechseln.

„So theilt Dr. *H. A. Abelin*[1]) in seinem Bericht über das allgemeine Kinderhaus zu Stockholm für das Jahr 1855 einen Fall mit, der alle Symptome des Croup dargeboten hatte. Bei der Leicheneröffnung fand sich unter der Bedeckung des Larynx ein Eitersack, der sich quer von einer Seite zur anderen des Kehlkopfes erstreckte und mit der Höhle desselben communicirte, auf deren Schleimhaut an der linken Seite gleich über dem ligamentum thyreo arytaenoideum superior sich ein Geschwür vorfand; die ventriculi Morgagni waren fast ganz mit Eiter angefüllt, die Schleimhaut des larynx und der trachea war bleich, mit Schleim belegt. Der im Kehlkopf befindliche Abscess, welcher durch seinen Druck die Croupsymptome veranlasst und endlich einen Theil seines Inhaltes in die Höhle des Kehlkopfes ergossen hatte, war bei Lebzeiten nicht bemerkt worden.“ Selbstredend muss alsdann in solchen Fällen die Laryngoscopie den Ausschlag geben; doch auch diese führt noch nicht immer zu einer absolut sicheren Diagnose, da alsdann noch eine Verwechselung mit Larynxödem stattfinden kann. *Morell Mackenzie*[2]) sagt: „Es ist äusserst schwierig eine absolut sichere Diagnose dieser Affection zu stellen, da das laryngoscopische Bild in Folge der beträchtlichen Entzündung der Weichtheile um den Abscess herum nur eben das einer acuten entzündlichen Schwellung ist.“ Gelangt der Abscess aber vollständig zur Reife, so nimmt er eine Kegelform an mit gelb durchschimmernder Spitze

---

[1]) S. Hgiea. Bd. 18. p. 825.

[2]) *Morell Mackenzie*: Krankheiten des Halses und der Nase; übersetzt in's Deutsche von Dr. *Felix Semon*. Erster Bd. p. 384.

und diese Gelbfärbung ist nach *W. v. Bruns*[1]) „das einzig sichere laryngoscopische Merkmal eines Abscesses.“ Auch dadurch, dass man die Schwellung nur an einer Seite und zwar an der dem Abscess entsprechenden sieht, lässt sich mit grosser Wahrscheinlichkeit auf einen solchen schliessen, da bei einer acuten Entzündung und Oedem, welch' letzteres gewöhnlich durchscheinender ist, die Schwellung gleichmässiger, in der Regel auch beiderseits vorhanden ist. Wir sehen also, dass es nicht leicht ist, mit absoluter Sicherheit die Diagnose auf Abscess zu stellen; dazu kommt dann noch, dass auch die laryngoscopische Untersuchung auf manche Schwierigkeiten stösst, indem die Beschwerden, die in Folge des Abscesses vorhanden, durch das, bei der Laryngoscopie erforderliche Hervorstrecken der Zunge und die in Folge dessen entstehende Bewegung des Kehlkopfes, ausserdem noch durch die Application des Spiegels bedeutend vermehrt werden und dadurch mancher Versuch vereitelt wird.

Was nun die Prognose angeht, so kann die wohl als günstig bezeichnet werden und zwar um so günstiger, je früher der Abscess zur Behandlung kommt. Ist der Abscess ein äusserer, so lässt er sich immer genau überwachen, und bei gehöriger Aufmerksamkeit kann man den richtigen Zeitpunkt finden, um den Abscess zu öffnen, und dadurch alle Beschwerden heben. Es lässt sich zwar nicht leugnen, dass auch durch äussere Abscesse Lebensgefahr bedingt werden kann, viel grösser ist aber dieselbe bei inneren Abscessen; und ist es namentlich bei

---

[1]) *W. v. Bruns*: Laryngoscopie. Tübingen 1873. p. 132.

diesen von grosser Wichtigkeit, dass der Abscess frühzeitig in Behandlung kommt, ehe er schon eine bedeutende Grösse erreicht. Mittelst des Kehlkopfspiegels lässt sich die zunehmende Stenose des Kehlkopfes immerhin verfolgen und es lassen sich sowohl die Zeit, wo therapeutische Eingriffe nothwendig sind, genau erkennen, als auch diese selbst mittelst dessen ausführen. Zwar sind Fälle in der Literatur bekannt gemacht, und auch unter den von uns angeführten gibt es solche, wo sich der Abscess spontan geöffnet hat, doch wäre es sehr bedenklich, wollte man die spontane Eröffnung abwarten, da es sehr wahrscheinlich ist, dass in den meisten Fällen die benachbarten Oedeme eher eine lebensgefährliche Stenose hervorrufen, als spontane Eröffnung des Abscesses eintritt. Unter den 13 angeführten Fällen sind zwar 3, bei denen die Krankheit tödtlich verlief. In dem Falle von *Döring* hatte, wie schon gesagt, das hochgradige Oedem der Epiglottis und der ary-epiglottischen Falten einen hauptsächlichen Antheil an der tödtlichen Stenose. In dem Falle von Dr. *Berger,* der ebenfalls tödtlich verlief, hatte die Krankheit einen so rapiden Verlauf, dass die Tracheotomie, welche immer als letztes Mittel versucht werden kann und zwar mit vollem Rechte, unterblieb. Endlich in dem mit tödtlichem Ausgange verlaufenden Falle von *W. Stephenson* war es, wie er auch selbst angibt, weniger der Abscess selbst, der den exitus letalis bedingte, als die secundäre Lungenaffection und der sehr entkräftete Zustand des Kindes. In den übrigen 10 Fällen verlief die Krankheit günstig und blieb mit Ausnahme des Falles von Dr. *Gottstein,* wo an der Stelle des Abscesses eine Verdickung der Schleimhaut und Wulst-

ung der Epiglottis eintrat, nichts Abnormes zurück. Günstiger noch ist das Resultat, welches *Morell Mackenzie*[1]) berichtet über 13 von ihm beobachtete Fälle. Obschon die Symptome in den meisten seiner Fälle sehr schwerer Natur waren, genasen doch alle Patienten indem bei vieren der Abscess spontan aufbrach, in den übrigen 9 derselbe mit dem Kehlkopfmesser geöffnet wurde.

Zum Schlusse wollen wir nun noch kurz die Therapie besprechen. Ist die Krankheit erst im Entstehen, so dass sie sich noch schwerlich von einer acuten laryngitis unterscheiden lässt, so wird man mehr oder weniger eine exspectative Behandlung einschlagen müssen, man wird allerdings nach Kräften das weitere Fortschreiten der Entzündung durch Antiphlogose zu hindern suchen. Nehmen die Beschwerden zu, wird der Abscess deutlicher, so ist es natürlich wichtig, den Abscess möglichst bald zur Reife zu bringen, und sind zu dem Zwecke warme Cataplasmen gewiss empfehlenswerth, wie sie ja auch in der Mehrzahl der aufgeführten Fälle angewandt wurden; doch drängt sich uns die Frage auf, wäre es nicht wichtig und zweckmässiger, das in der Regel schon bald entstehende Oedem, welches doch schliesslich die grössten Beschwerden und Gefahren mit sich bringt, energisch zu bekämpfen, und würde zu dem Zwecke die Kälte anzuwenden sein. Ist nun der Krankheitsprocess so weit vorgeschritten, dass man bei inneren Abscessen mittelst des Laryngoscop's die

[1]) l. c. p. 384.

Gelbfärbung des Abscesses wahrnimmt, oder bei äusseren Abscessen Fluctuation nachweisen kann, so kann man mit einer *Pravatz*'schen Spritze Eiter aufsuchen und alsdann den Abscess mit dem Messer eröffnen. Bei messerscheuen Patienten kann man allerdings vorher durch ein Brechmittel die Eröffnung des Abscesses zu bewerkstelligen suchen. Ist die Eröffnung des Abscesses erfolgt, so tritt in der Regel Erleichterung und Heilung ein; in dem Falle von *Möller* jedoch musste, obschon der Abscess durch Einschnitt nach aussen geöffnet war, doch noch der Catheterismus vorgenommen werden und fand dadurch auch noch eine Entleerung nach innen statt, nach der erst Heilung eintrat. In sehr hochgradigen Fällen, oder dann, wenn man erst spät zu einem Falle kommt, wo die Erstickungsgefahr eine sehr grosse ist, wäre schliesslich noch die Tracheotomie als letztes Rettungsmittel vorzunehmen. *Morell Mackenzie* empfiehlt sogar, bei sehr grossen Abscessen die Tracheotomie prophylactisch vorzunehmen und dann nachträglich den Abscess in der gewöhnlichen Weise zu eröffnen.